

Viktorija PLATONOVIENĖ

Respublikinė Klaipėdos ligoninė, Lietuva
Klaipėda Republican Hospital, Lithuania

Remigijus OŽELIS

Klaipėdos universitetas, Lietuva
Klaipėda University, Lithuania

Klinikinė pastoracija paliatyviosios slaugos kontekste: egzistencinė parama mirštančiam pacientui ir slaugytojai

CLINICAL PASTORAL CARE IN THE CONTEXT OF PALLIATIVE NURSING: EXISTENTIAL SUPPORT FOR THE DYING PATIENT AND THE NURSE

SANTRAUKA. Straipsnyje analizuojama klinikinės pastoracijos vieta ir reikšmė paliatyviosios slaugos kontekste, klinikinę pastoraciją konceptualizuojant kaip egzistencinio palaikymo praktiką, orientuotą ne tik į mirštantį pacientą, bet ir į slaugytoją, profesinėje aplinkoje nuolat susiduriančią su mirtimi, kančia ir netektimi. Straipsnis grindžiamas prielaida, kad gyvenimo pabaigos situacijos iš esmės peržengia vien biomedicininio ar psichologinio aiškinimo ribas, nes jos neišvengiamai kelia egzistencinius klausimus, susijusius su gyvenimo prasme, orumu, santykiais, kaltės ir vilties patirtimis bei mirties neišvengiamumo priėmimu. Straipsnyje pirmiausia apibrėžiama klinikinės pastoracijos samprata ir nagrinėjami jos teologiniai bei antropologiniai pagrindai, pabrėžiant ryšį su holistiniu žmogaus modeliu. Parodoma, kad paliatyvioji slauga, kuria siekiama visuminės paciento priežiūros, negali būti suprantama vien kaip fizinių simptomų valdymas, bet turi apimti ir dvasinę-egzistencinę žmogaus dimensiją. Šiame kontekste klinikinė pastoracija pristatoma kaip struktūrinė praktika, galinti padėti integruoti medicininę, psichologinę ir dvasinę pagalbą.

Straipsnio skyriuose analizuojami mirštančio paciento dvasiniai poreikiai – prasmės paieška, santykių peržiūra, atleidimo ir susitaikymo siekis, taip pat aptariama slaugytojos profesinė ir egzistencinė patirtis, kurią formuoja nuolatinis buvimas mirties akivaizdoje. Analizuojant Lietuvos sveikatos priežiūros kontekstą, atskleidžiamas klinikinės pastoracijos praktikos fragmentiškumas ir jos dažnas redukavimas iki religinių patarnavimų, o tai riboja galimybes nuosekliai ir sistemškai atliepti tiek paciento, tiek slaugytojos dvasinius poreikius. Nuoseklus klinikinės pastoracijos integravimas į paliatyviosios slaugos praktiką yra būtina

sąlyga siekiant užtikrinti orią paciento gyvenimo pabaigos patirtį, stiprinti slaugytojos profesinį ir egzistencinį tvarumą bei kurti humaniškesnę, į asmens visumą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą.

SUMMARY. The article provides a systematic analysis of the place and significance of clinical pastoral care within the context of palliative nursing, conceptualizing it as a practice of existential support oriented not only toward the dying patient but also toward the nurse, who is continually confronted with death, suffering, and loss in the professional environment. The article is grounded in the assumption that end-of-life situations fundamentally transcend purely biomedical or psychological explanatory frameworks, as they inevitably raise existential questions related to the meaning of life, human dignity, relationships, experiences of guilt and hope, and the acceptance of the inevitability of death.

Employing theoretical-analytical and conceptual problem-oriented analysis, the article first defines the concept of clinical pastoral care and its theological and anthropological foundations, highlighting its connection with a holistic model of the human person. It demonstrates that palliative care, which seeks comprehensive patient care, cannot be understood solely as the management of physical symptoms but must also encompass the spiritual-existential dimension of the person.

The article argues that clinical pastoral care should be integrated into the palliative nursing system as an inseparable component of holistic care, rather than as an additional or incidental form of support. It is concluded that the consistent integration of clinical pastoral care into palliative nursing practice is a necessary condition for ensuring a dignified end-of-life experience for patients, strengthening nurses' professional and existential sustainability, and fostering a more humane health care system oriented toward the wholeness of the person.

RAKTAŽODŽIAI: klinikinė pastoracija, paliatyvioji slauga, slaugytojos patirtis, holistinė sveikatos priežiūra, gyvenimo pabaigos priežiūra.

KEYWORDS: clinical pastoral care, palliative nursing, nurses' experience, holistic health care, end-of-life care.

Įvadas

Mirtis yra neišvengiama klinikinės praktikos, ypač paliatyviosios slaugos, realybė, čia pagrindinis dėmesys sutelkiamas ne į ligos išgydymą, o į gyvenimo kokybės, orumo ir visuotinės gerovės palaikymą paskutiniaisiais žmogaus gyvenimo etapais. Teikiant paliatyviąją pagalbą susiduriama ne tik su medicininiais ir slaugos sprendimais, bet ir su giliais egzistenciniais klausimais, susijusiais su kančia, prasmės paieškomis, santykiais, baime bei viltimi. Mirštantis pacientas tampa ne tik medicininės priežiūros objektu, bet ir asmeniu, patiriančiu fundamentalius ribinius žmogaus būties išgyvenimus. Šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje vis dažniau pripažįstama, kad siekiant visapusiškai atliepti miršančio paciento poreikius vien biomedicininio požiūrio nepakanka. Paliatyviosios pagalbos poreikių tyrimuose pabrėžiama holistinio požiūrio, apimančio kūno, psichikos ir dvasios integralumą, svarbą¹. Dvasiniai paciento poreikiai – prasmės paieška, refleksija su kitais, transcendencija, egzistencinio nerimo patirtys – tampa ypač ryškūs artėjant gyvenimo pabaigai ir negali būti redukuojami vien į psichologinius ar emocinius sunkumus. Šiame kontekste klinikinė pastoracija įvardijama

¹ Amy Taylor ir Andrew Davies, „Palliative care or supportive care?“, *Clinical Medicine* 25 (4) (2025): 1–2, <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100487/>.

kaip viena iš sveikatos priežiūros praktikų, orientuotų į dvasinių poreikių atpažinimą ir palydėjimą².

Klinikinė pastoracija suvokiama kaip tarpdisciplininė veikla, integruojanti teologines, humanistines ir sveikatos mokslų išvalgas, skirta teikti dvasinę pagalbą pacientams, jų artimiesiems bei sveikatos priežiūros specialistams. Ji grindžiama buvimu šalia, klausymu, palydėjimu ir egzistencinių patirčių refleksija, o ne intervenciniu ar gydymoju veikimu siaurąja prasme³. Tačiau klinikinės pastoracijos taikymas sveikatos priežiūroje dažnai lieka fragmentiškas, suvokiamas kaip papildoma ar antraeilė paslauga, o ne kaip struktūrinė paliatyviosios priežiūros dalis. Paliatyviosios slaugos kontekste ypač svarbus slaugytojos vaidmuo. Slaugytoja yra sveikatos priežiūros specialistė, dažniausiai ir ilgiausiai būnanti šalia mirštančio paciento, užtikrinanti kasdienę priežiūrą, stebinti fizinius pokyčius, palaikanti ryšį su artimaisiais ir kartu neišvengiamai susidurianti su paciento kančia bei mirtimi. Tyrimai rodo, kad nuolatinis buvimas mirties, kančios ir netekčių akivaizdoje lemia didelį emocinį krūvį, stresą, didina psichologinio atsparumo iššūkius ir perdegimo riziką slaugytojų profesinėje praktikoje⁴. Vis dėlto slaugytojų dvasiniai poreikiai ir jų pačių egzistencinės patirtys dažnai lieka neįvardytos.

Lietuvoje klinikinė pastoracija ir dvasinio asistavimo klausimai tampa vis aktualesni, tačiau praktinis šių paslaugų integravimas į sveikatos priežiūros sistemą nėra tinkamai išplėtotas. Nors egzistuoja teisinės prielaidos teikti dvasinę pagalbą pacientams, jų artimiesiems ir darbuotojams, tačiau trūksta aiškaus modelio, institucinės struktūros ir parengtų specialistų, galinčių užtikrinti nuoseklų klinikinės pastoracijos taikymą kasdienėje praktikoje⁵. Dėl to dvasinė priežiūra dažnai priklauso nuo pavienių iniciatyvų, o ne nuo sistemingo sveikatos priežiūros organizavimo.

Atsižvelgiant į minėtas prielaidas, šiame straipsnyje keliamas probleminis klausimas – kokia klinikinės pastoracijos vieta ir reikšmė paliatyviosios slaugos kontekste, ją analizuojant kaip egzistencinę paramą tiek mirštančiam pacientui, tiek slaugytojai, profesinėje praktikoje susiduriančiai su mirtimi. Straipsnio tikslas – teoriškai ir analitiškai atskleisti klinikinės pastoracijos svarbą sveikatos priežiūros sistemoje ir

² Tullio Proserpio et al., „Pastoral care in hospitals: a literature review“, *Tumori* 97 (5) (2011): 666–667, <https://doi.org/10.1177/030089161109700521/>; Katie Lutz, „Spirituality in Clinical Practice: Recognizing the Importance of Personal Values and Beliefs in Medical Decision-Making“ (Doctor of Nursing Practice Projects, The University of San Francisco, 2017), 18–19.

³ Artūras Jagelavičius et al., „Klinikinės pastoracijos sistemos sukūrimo Lietuvoje prielaidos“, *Soter* 69 (2019): 31–32, [https://doi.org/10.7220/2335-8785.69\(97\).2/](https://doi.org/10.7220/2335-8785.69(97).2/).

⁴ Marta Kowalenko et al., „Readiness of nurses when faced with a patient's death“, *Public Health* 12 (2024): 16, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1399025/>.

⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sielovados patarnavimų teikimo sveikatos priežiūros įstaigose“, 2009 m. liepos 24 d. Nr. V-639, <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=TAR.D952437A0286/>; Renata Kudukytė-Gasperė ir Kęstutis Štaras, „Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimoms nariams. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje“, *Sveikatos mokslai* 25 (1) (2015): 22, <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.002/>.

pagrįsti jos reikšmę atliepiant paciento dvasinius poreikius ir palaikant slaugytojos profesinį bei egzistencinį atsparumą.

Straipsnyje argumentuojama, kad klinikinė pastoracija turėtų būti suprantama ne kaip papildoma ar epizodinė dvasinės pagalbos forma, bet kaip struktūrinė praktika, integruotina į holistinę paliatyviosios slaugos sistemą. Tokia prieiga leidžia atskleisti ne tik paciento dvasinių poreikių svarbą gyvenimo pabaigos situacijose, bet ir sisteminį slaugytojos egzistencinės bei profesinės naštos aspektą, kuris iki šiol Lietuvos moksliniame diskurse aptariamas tik fragmentiškai. Taigi straipsnio mokslinis indėlis siejamas su klinikinės pastoracijos, kaip jungiamojo elemento tarp paciento, slaugytojos ir sveikatos priežiūros sistemos, konceptualizavimu.

Straipsnyje taikoma teorinė – analitinė ir konceptuali – probleminė analizė, orientuota į klinikinės pastoracijos kaip tarpdisciplininės praktikos reikšmę paliatyvioje slaugoje. Jame neapžvelgiamas empirinis tyrimas, nesiekiami pateikti naujų kiekybinių ar kokybinių duomenų. Straipsnyje naudojamas sintezės metodas – analizuojami ir interpretuojami jau egzistuojantys teoriniai bei empiriniai šaltiniai, siekiant nuosekliai pagrįsti klinikinės pastoracijos svarbą tiek mirštančiam pacientui, tiek slaugytojos profesinei patirčiai. Analizės kryptis grindžiama prielaida, kad susidūrimas su mirtimi sveikatos priežiūros praktikoje negali būti suprantamas vien per biomedicininę ar psichologinę prizmę. Todėl straipsnyje sąmoningai pasirinktas holistinis požiūris, leidžiantis integruoti dvasinę dimensiją kaip lygiavertę žmogaus patirties dalį. Klinikinė pastoracija analizuojama ne kaip papildoma ar pasirenkama paslauga, bet kaip struktūrinė praktika, galinti prisidėti prie visuminės paliatyviosios slaugos kokybės.

Šiame straipsnyje naudojami šaltiniai atrinkti pagal aiškius akademinis kriterijus. Analizei pasitelkiami recenzuojami moksliniai straipsniai, disertacijos, universitetuose parašyti baigiamieji darbai bei oficialūs norminiai dokumentai, susiję su klinicine pastoracija, dvasiniu asistavimu, paliatyviąja slauga ir slaugytojų profesine patirtimi. Ypatingas dėmesys skiriamas tiems šaltiniams, kurie leidžia atskleisti dvasinių poreikių problematiką sveikatos priežiūros kontekste ir slaugytojų susidūrimo su mirtimi patirtis. Straipsnis nėra sisteminė literatūros apžvalga. Vietoje to taikoma probleminė literatūros sintezė, kai šaltiniai jungiami pagal jų indėlį į analizuojamą problemą, o ne pagal chronologinį ar metodologinį panašumą. Tai leidžia ne tik aprašyti esamą tyrimų lauką, bet ir išryškinti konceptualias spragas bei praktinius iššūkius.

Straipsnyje neanalizuojami konkrečių klinikinės pastoracijos intervencijų efektyvumo rodikliai ar statistiniai rezultatai, taip pat nevertinami atskirų institucijų ar programų veiklos modeliai empirinio tyrimo lygmeniu. Empiriniai slaugytojų patirties tyrimai naudojami interpretaciniu tikslu – siekiant pagrįsti profesinio ir egzistencinio krūvio realumą bei atskleisti klinikinės pastoracijos poreikį praktikoje. Analizė atliekama trimis tarpusavyje susijusiais lygmenimis. Pirma, teoriniame lygmenyje apibrėžiama klinikinės pastoracijos samprata, jos vieta sveikatos priežiūros sistemoje

ir santykis su dvasiniu asistavimu bei psichologine pagalba. Antra, analitiniame lygmenyje nagrinėjami mirštančio paciento dvasiniai poreikiai ir slaugytojos patirtis, remiantis slaugos ir sveikatos mokslų tyrimais. Trečia, normatyvinės refleksijos lygmenyje svarstomos klinikinės pastoracijos implikacijos paliatyviosios slaugos praktikai ir sveikatos priežiūros organizavimui. Argumentai jungiami nuosekliai, pradedant nuo bendrų teorinių prielaidų ir pereinant prie konkretesnių praktinių išvadų. Klinikinė pastoracija straipsnyje pristatoma kaip atsakas į egzistuojančią įtampą tarp holistinio žmogaus supratimo ir realios sveikatos priežiūros praktikos, kurioje dvasiniai aspektai dažnai lieka antraeiliai. Tokia argumentavimo logika leidžia išvengti deklaratyvumo ir užtikrina, kad normatyvinės išvados būtų grindžiamos nuoseklia analize, o ne išankstinėmis vertybinėmis nuostatomis.

1. Klinikinės pastoracijos samprata sveikatos priežiūros kontekste

Klinikinė pastoracija šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje suvokiama kaip specializuota dvasinės priežiūros forma, orientuota į asmens palydėjimą ligos, kančios ir mirties patirtyse⁶. Skirtingai nuo tradicinės parapiškos sielovados, klinikinė pastoracija formavosi kaip atsakas į moderniosios medicinos institucijų aplinką, kurioje žmogus dažnai fragmentuojamas pagal specialybes, funkcijas ir diagnozes. Todėl klinikinė pastoracija iš esmės siejama su pastanga į gydymo procesą grąžinti asmens visumiškumą, pripažįstant, kad liga paveikia ne tik kūną, bet ir asmens tapatybę, santykius, prasmės paiešką bei dvasinę savivoką.

Klinikinė pastoracija apibrėžiama kaip tarpdisciplininė praktika, integruojanti teologinę refleksiją, humanistines įžvalgas ir klinikinės aplinkos realijas. Ji grindžiama ne doktrininiu mokymu ar religinės tapatybės stiprinimu, bet buvimu šalia, klausymu ir egzistencinių patirčių refleksija, atsižvelgiant į individualų paciento pasaulėvaizdį ir dvasinius poreikius. Klinikinės pastoracijos tikslas yra ne spręsti paciento problemas, bet padėti jam išbūti ribinėje situacijoje, kurioje susiduriama su gyvenimo trapumu, netektimi ir mirties neišvengiamybe⁷.

Klinikinės pastoracijos raida glaudžiai susijusi su paliatyviosios slaugos formavimusi, kai medicininis gydymas nebėra orientuotas į išgyjimą, o dėmesys nukreipiamas į gyvenimo kokybę ir orumo išsaugojimą. Šiame kontekste dvasinė priežiūra tampa ne papildomu elementu, bet integralia paliatyviosios priežiūros dalimi, nes būtent gyvenimo pabaigos situacijose dvasiniai klausimai yra ypač aktualūs.

⁶ Anne Vandenhoeck, „Chaplains as specialists in spiritual care for patients in Europe“, *Polish Archives of Internal Medicine* 123 (10) (2013): 552–557, <https://pamw.pl/en/node/1933/pdf/>.

⁷ Jagelavičius et al., „Klinikinės pastoracijos sistemos sukūrimo...“, 42; Jolita Navickienė, „Dvasinis asistavimas kaip pagalbos pagyvenusiems žmonėms veiksnys“ (Dvasinio konsultavimo ir asistavimo studijų programos magistro baigiamasis darbas, Klaipėdos universitetas, 2020), 5; 10–14.

Klinikinės pastoracijos teorinis pagrindas siejamas su holistiniu žmogaus modeliu, kuriame asmuo suvokiamas kaip nedaloma kūno, psichikos ir dvasios visuma. Toks požiūris suponuoja, kad žmogaus kančia negali būti adekvačiai suprasta ar palengvinta, jei apsiribojama vien biologinių ar psichologinių simptomų vertinimu. Dvasinė dimensija apima prasmės, vertybių, tapatybės, santykio su kitais ir transcendencija klausimus, kurie ypač aktualūs susiduriant su sunkia liga ar mirtimi. Teologinėje ir pastoracinėje literatūroje pabrėžiama, kad dvasiniai poreikiai nėra tapatūs religingumui ar ritualiniams veiksams. Jie reiškiasi asmens gebėjimu reflektuoti savo gyvenimą, patirtas netektis, kaltę, viltį ir mirties prasmę. Todėl klinikinė pastoracija nėra skirta vien tikintiems pacientams ar tam tikros konfesijos atstovams, bet orientuota į kiekvieną asmenį, kuris susiduria su egzistenciniu pažeidžiamumu⁸.

Holistinis požiūris taip pat keičia sveikatos priežiūros specialistų vaidmens sampratą. Gydomo procesas tampa ne vien techninių intervencijų seka, bet ir santykinė erdve, kurioje ypač svarbi paciento patirtis. Klinikinė pastoracija šioje erdvėje veikia kaip tiltas tarp medicininio racionalumo ir asmens vidinio pasaulio, ji padeda išlaikyti dialogą tarp objektyvios klinikinės realybės ir subjektyvios žmogaus patirties. Paliatyvioji slauga iš esmės orientuota į gyvenimo kokybės palaikymą, kančios mažinimą ir orumo išsaugojimą tais atvejais, kai liga nebeišgydoma. Ši priežiūros forma neišvengiamai susijusi su mirties artumu, todėl paciento patirtyje dominuoja ne tik fiziniai simptomai, bet ir egzistenciniai išgyvenimai: baimė, vienatvė, nebaigtumo jausmas, santykių permąstymas⁹. Klinikinė pastoracija šiuo atveju sudaro galimybę šiuos išgyvenimus įvardyti ir reflektuoti.

Skirtingai nei psichologinė ar psichoterapinė pagalba, klinikinė pastoracija nėra orientuota į simptomų korekciją ar elgesio pokyčius. Jos centre – buvimas ir palydėjimas, leidžiantis pacientui išsaugoti savo subjektyvumą net ir tada, kai fizinės galios nyksta. Toks požiūris ypač svarbus paliatyviojoje slaugoje, kur paciento autonomija dažnai tampa ribota, o sprendimai dėl gydymo ar slaugos priimami sudėtingomis etinėmis aplinkybėmis¹⁰. Šiame kontekste klinikinė pastoracija atlieka tarpininkavimo tarp paciento, artimųjų ir sveikatos priežiūros komandos funkciją. Tai padeda išlaikyti dialogą, sumažinti komunikacines įtampas ir prisidėti prie visos priežiūros komandos jautrumo paciento dvasiniams poreikiams. Taigi klinikinės pastoracijos veikla paliatyviojoje slaugoje yra ne izoliuota, bet integruota į holistinę priežiūrą, sudarant sąlygas ne tik kančiai mažinti, bet ir prasmingai išgyventi gyvenimo pabaigą.

⁸ Navickienė, „Dvasinis asistavimas kaip pagalbos...“, 7–11; 14–16; Helen Lavretsky, „Spirituality and Aging“, *Aging Health* 6 (2010): 749–750, <https://doi.org/10.2217/ahe.10.70/>.

⁹ Patricia Boston et al., „Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review“, *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (3) (2011): 616–617, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010/>.

¹⁰ Francisca Rego ir Rui Nunes, „The interface between psychology and spirituality in palliative care“, *Health Psychology* 24 (3) (2016): 280–283, <https://doi.org/10.1177/1359105316664138/>; Kowalenko et al., „Readiness of nurses...“, 2–7.

2. Miršančio paciento dvasiniai poreikiai

Gyvenimo pabaiga sveikatos priežiūros kontekste neišvengiamai tampa egzistencine krize, kurioje liga ir mirtis peržengia biologinio proceso ribas ir paliečia fundamentalius asmens būties klausimus. Mirštantis pacientas susiduria ne tik su fiziniu silpumu ar skausmu, bet ir su savo tapatybės kaita, santykių permąstymu, nebaigtumo jausmu bei gyvenimo prasmės refleksija. Ši patirtis dažnai apibūdinama kaip ribinė situacija, kurioje įprasti gyvenimo orientyrai praranda stabilumą, o žmogus priverstas naujai apmąstyti savo buvimą, santykį su kitais ir mirties neišvengiamybę¹¹. Klinikinėje aplinkoje ši egzistencinė krizė dažnai pasireiškia nerimu, baime, vidiniu nesaugumu, kaltės ar apgailstavimo jausmais, taip pat intensyviu poreikiu būti išgirstam ir pripažintam ne tik kaip pacientui, bet kaip asmeniui. Tarptautiniuose klinikinės pastoracijos ir paliatyviosios priežiūros tyrimuose pabrėžiama, kad šie išgyvenimai negali būti redukuojami vien į psichologinius simptomus ar adaptacijos sunkumus, nes jie apima gilesnį – dvasinį – žmogaus patirties lygmenį¹².

Dvasiniai poreikiai gyvenimo pabaigoje susiję su asmens pastangomis suteikti prasmę savo patirčiai, susitaikyti su neišvengiamais praradimais ir išlaikyti vidinį orumą net ir fizinio nykimo sąlygomis. Skirtingai nei religiniai poreikiai, kurie siejami su konkrečiomis tikėjimo praktikomis ar ritualais, dvasiniai poreikiai yra universalesni ir būdingi visiems asmenims, nepriklausomai nuo jų religinių įsitikinimų. Jie apima klausimus apie gyvenimo vertę, santykius su artimaisiais, atleidimą, viltį ir mirties prasmę¹³. Lietuviškoje dvasinio asistavimo ir pastoracijos literatūroje pabrėžiama, kad dvasiniai poreikiai klinikinėje praktikoje dažnai lieka neįvardyti, nes jie nėra lengvai atpažįstami per standartizuotas vertinimo schemas. Vis dėlto jų ignoravimas gali sustiprinti paciento kančią, gilinti vienišumo jausmą ir apsunkinti gyvenimo pabaigos patirties integraciją¹⁴. Todėl dvasinių poreikių atpažinimas laikomas svarbia holistinės paliatyviosios priežiūros dalimi.

Klinikinė pastoracija paliatyviosios slaugos kontekste suvokiama kaip struktūruotas atsakas į paciento dvasinius poreikius, ji grindžiama ne intervenciniu, o palydinčiu santykiu. Pagrindinis klinikinės pastoracijos tikslas nėra spręsti paciento problemas ar suteikti galutinius atsakymus, bet sudaryti sąlygas saugiai reflektuoti egzistencinius išgyvenimus ir išlaikyti asmens subjektyvumą net ir gyvenimo pabaigoje¹⁵. Tyrimai rodo, kad klinikinė pastoracija gali padėti pacientams sumažinti egzistencinį nerimą, sustiprinti saugumo ir orumo jausmą. Buvimas šalia, klausymasis ir paciento patirties pripažinimas tampa esminiais pastoracinės praktikos elementais, leidžiančiais

¹¹ Jagelavičius et al., „Klinikinės pastoracijos sistemos...“, 30–32.

¹² Kowalenko et al., „Readiness of nurses...“, 2–4.

¹³ John Barletta ir Kate Witteveen, „Pastoral Care in Hospitals: An Overview of Issues“, *Australian Journal of Primary Health* 13 (1) (2007): 97–98, <https://doi.org/10.1071/PY07013/>; Navickienė, „Dvasinis asistavimas kaip pagalbos...“, 7–9; 15–16.

¹⁴ Navickienė, „Dvasinis asistavimas kaip pagalbos...“, 24–27.

¹⁵ Jagelavičius et al., „Klinikinės pastoracijos sistemos sukūrimo...“, 42.

žmogui patirti, kad jis nėra redukuojamas vien į ligos ar klinikinės būklės aprašymą¹⁶. Šis aspektas ypač svarbus paliatyviojoje slaugoje, kur paciento autonomija dažnai yra ribota, o sprendimai priimami sudėtingame etinių ir emocinių veiksnių kontekste. Klinikinė pastoracija taip pat padeda palaikyti ryšį tarp paciento ir sveikatos priežiūros komandos, prisideda prie jautresnės komunikacijos ir leidžia geriau atliepti individualius paciento poreikius¹⁷. Taip ji tampa ne izoliuota paslauga, bet integralia holistinės priežiūros dalimi, kuriančia sąlygas prasmingesnei ir mažiau fragmentuotai gyvenimo pabaigos patirčiai.

3. Slaugytojos patirtis susiduriant su mirštančiu pacientu

Paliatyviosios slaugos kontekste slaugytoja atlieka išskirtinį vaidmenį, nes būtent ji dažniausiai ir ilgiausiai būna šalia mirštančio paciento. Slaugytojos profesinė veikla apima ne vien techninių slaugos veiksmų atlikimą ar simptomų stebėseną, bet ir nuolatinį buvimą, emocinį reagavimą bei tarpininkavimą tarp paciento, jo artimųjų ir gydytojo. Šis artumas lemia, kad slaugytoja tampa ne tik medicininės priežiūros teikėja, bet ir paciento egzistencinių išgyvenimų, susijusių su kančia, netektimis ir mirtimi, liudininke¹⁸. Empiriniai tyrimai rodo, kad slaugytojos, dirbančios su sunkiai sergančiais ar mirštančiais pacientais, dažnai susiduria su profesinių ribų neapibrėžtumu. Viena vertus, iš jų tikimasi emocinio jautrumo, empatijos ir gebėjimo palaikyti pacientą bei jo artimuosius, kita vertus – institucinis slaugytojos vaidmuo dažnai apibrėžiamas per funkcines užduotis ir darbo krūvį. Ši įtampa tarp formalaus profesinio vaidmens ir realios kasdienės patirties tampa reikšmingu streso šaltiniu¹⁹. Nuolatinis susidūrimas su mirtimi ir kančia turi reikšmingą poveikį slaugytojos emocinei būsenai. Tyrimai, analizuojantys slaugytojų patiriamą stresą įvairiuose klinikiniuose kontekstuose, atskleidžia, kad emocinis krūvis, psichologinis nuovargis ir perdegimo rizika yra dažni profesinės praktikos palydovai²⁰. Gyvenimo pabaigos situacijos šiuos veiksnius dar labiau sustiprina, nes slaugytoja susiduria ne tik su paciento mirtimi, bet ir su savo pačios egzistencinėmis refleksijomis apie netektį, bejėgiškumą ir profesinių

¹⁶ Denise Lombardi ir Alessandro Gusman, „Healing and the Spiritual Dimension in Hospital Patient Care in Italy“, *Religions* 16 (4) (2025): 16–17, <https://doi.org/10.3390/rel16040524/>.

¹⁷ Kowalenko et al., „Readiness of nurses...“, 5–7.

¹⁸ Yumna Ali ir Syeda Farhana Kazmi, „Nursing Stress and Thought Control in a Multiperspectival Interpretive Phenomenological Analyses from the United Kingdom, United States and Switzerland“, *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija* 2 (29) (2023): 34–35, <https://doi.org/10.33607/rmske.v2i29.1423/>.

¹⁹ Violeta Ožeraitienė et al., „Slaugytojų, dirbančių su psichomotoriškai sujaudintais pacientais ir patiriančių verbalinių bei fizinį smurtą, psichologinio atsparumo ir emocinės būsenos ištyrimas“, *Medicinos teorija ir praktika* 21 (43) (2015): 835–839, <https://doi.org/10.15591/mtp.2015.132/>.

²⁰ Kowalenko et al., „Readiness of nurses...“, 16; Agnė Stolygaitė et al., „Psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo streso vertinimo metodika“, *Sveikatos mokslai* 24 (4) (2014): 119–121, <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2014.079/>.

galimybių ribas. Tyrimuose pabrėžiama, kad slaugytojų psichologinis atsparumas nėra vien individuali savybė – jis glaudžiai susijęs su darbo aplinka, instituciniu palaikymu ir galimybėmis reflektuoti patiriamus išgyvenimus. Slaugytojos, neturinčios galimybės aptarti patiriamų emocinių sunkumų ar gauti palaikymą, dažniau patiria emocinį išsekimą, vidinę įtampą ir profesinį nusivylimą²¹. Tai ypač aktualu paliatyviosios slaugos srityje, kur mirtis yra ne išimtis, o kasdienės praktikos dalis.

Nors slaugytojos profesinėje veikloje daug dėmesio skiriama paciento poreikiams, pačių slaugytojų dvasiniai poreikiai dažnai lieka neįvardijami ir neanalizuojami. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad susidūrimas su mirtimi gali išprovokuoti gilius vidinius klausimus apie gyvenimo prasmę, profesinio pašaukimo ribas ir asmeninį santykį su kančia²². Šie išgyvenimai nėra vien psichologiniai, nes jie paveikia slaugytojos vertybines nuostatas, tapatybę ir santykį su pačia profesija. Tyrimuose, nagrinėjančiuose slaugytojų patirtis dirbant su sunkiai sergančiais ar mirštančiais pacientais, pabrėžiama, kad slaugytojoms dažnai trūksta saugios erdvės reflektuoti šiuos išgyvenimus. Institucinė praktika dažniausiai orientuota į darbo organizavimą ir fizinį pacientų poreikių tenkinimą, o dvasiniai ar egzistenciniai slaugytojų klausimai laikomi asmenine, bet ne profesine problema²³. Dėl to slaugytojos neretai lieka vienos su savo patirtimis, o tai gali sustiprinti emocinę distanciją ar profesinį atsitraukimą kaip savisaugos mechanizmą. Dvasinio palaikymo trūkumas gali turėti ilgalaikių pasekmių ne tik slaugytojos savi-jautai, bet ir slaugos kokybei, santykiui su pacientu bei profesiniam tvarumui. Šiame kontekste slaugytojos dvasiniai poreikiai turėtų būti neatsiejama profesinės gerovės dalis. Tai rodo, kad klinikinė pastoracija yra potencialus palaikymo veiksnys, orientuotas ne tik į pacientą, bet ir į slaugytoją kaip asmenį, nuolat susiduriantį su egzistenciniais iššūkiais.

4. Klinikinė pastoracija kaip paramos pacientui ir slaugytojai veiksnys

Gyvenimo pabaigos situacijose klinikinė pastoracija tampa svarbiu palaikymo veiksnium, nes ji orientuota į tuos paciento poreikius, kurie lieka nepakankamai atliepti teikiant biomedicininę ir net psichologinę priežiūrą. Ankstesniame skyriuje atskleista, kad mirštančio paciento patirtis apima ne tik fizinį skausmą ar funkcinį silpumą, bet ir egzistencinius klausimus, susijusius su prasmės paieška, santykių pervertinimu, kaltės ar nebaigtumo jausmu. Klinikinė pastoracija leidžia šiuos išgyvenimus įvardyti ir

²¹ Vaida Puniškė, „Dvasingumo prasmė socialinio darbuotojo praktikoje“ (magistro baigiamasis darbas, Vytauto Didžiojo universitetas, 2024), 35–36.

²² Monika Beata Malčiauskaitė, „Slaugytojų patirtys teikiant priežiūrą onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams“ (bakalauro studijų baigiamasis darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2025), 19–22.

²³ Lombardi et al., „Healing and the Spiritual Dimension...“, 12–13.

reflektuoti nevertinant ir neredukuojant jų iki simptomų²⁴. Tyrimuose pabrėžiama, kad dvasinis paciento palaikymas per klinikinę pastoraciją prisideda prie vidinio saugumo ir orumo išgyvenimo, net ir esant ribotoms fizinėms galimybėms. Buvimas šalia, išklausymas ir paciento patirties pripažinimas leidžia jam išlikti subjektu, o ne vien gydymo objektu²⁵. Tai ypač svarbu paliatyviosios slaugos kontekste, kur, kaip minėta anksčiau, paciento autonomija dažnai tampa ribota, o sprendimai priimami sudėtingomis etinėmis ir emocinėmis aplinkybėmis. Klinikinė pastoracija taip pat padeda sumažinti egzistencinį nerimą, kuris dažnai lydimas baimės būti paliktam ar nesuprastam. Tarptautiniai tyrimai rodo, kad nuoseklus dvasinis palydėjimas gali palengvinti paciento susitaikymo su gyvenimo pabaiga procesą ir prisidėti prie prasmingesnio mirties išgyvenimo²⁶. Taigi klinikinė pastoracija paliatyviojoje slaugoje veikia ne kaip papildomas paslaugų segmentas, bet kaip holistinės priežiūros elementas, tiesiogiai susijęs su paciento gyvenimo kokybe.

Į klinikinę pastoraciją žvelgiant iš slaugytojos perspektyvos, svarbu pabrėžti, kad ši pastoracija gali atlikti svarbią apsauginę funkciją profesinėje praktikoje. Kaip jau minėta, slaugytojos patiria didelę emocinę ir egzistencinę naštą, nuolat susidurdamos su kančia, netektimis ir mirtimi. Tačiau institucinėje praktikoje šie išgyvenimai dažnai laikomi individualia problema, o ne profesinės veiklos dalimi²⁷. Klinikinė pastoracija šiame kontekste gali būti suprantama kaip struktūruota erdvė slaugytojai reflektuoti patiriamus išgyvenimus, įvardyti egzistencinius klausimus ir sumažinti emocinę izoliaciją. Tyrimai rodo, kad galimybė saugiai reflektuoti patirtis ir gauti dvasinį palaikymą prisideda prie didesnio psichologinio atsparumo ir mažesnės perdegimo rizikos²⁸. Skirtingai nei psichologinė supervizija, klinikinė pastoracija orientuota ne į profesinių įgūdžių analizę, bet į asmens vidinę patirtį ir prasmės struktūras. Slaugytojai klinikinė pastoracija gali tapti vieta, kurioje leidžiama pripažinti pažeidžiamumą, nepatiriant profesinio nekompetentingumo stigmatos. Tai ypač svarbu paliatyviosios slaugos srityje, nes čia slaugytoja nuolat susiduria su situacijomis, kurių negali suvaldyti profesiniais veiksmais. Klinikinė pastoracija šiuo atveju padeda keisti sėkmės ir nesėkmės kriterijus, nukreipia dėmesį nuo kontrolės į buvimą ir palydėjimą²⁹.

Klinikinė pastoracija veikia ne tik individualiu, bet ir sisteminiu lygmeniu, jungdama paciento, slaugytojos ir visos sveikatos priežiūros komandos patirtis. Ji prisideda prie jautresnės komunikacijos, padeda atpažinti dvasinius konfliktus ir mažina įtampas, kylančias dėl skirtingų paciento, artimųjų ir specialistų lūkesčių. Todėl klinikinė pastoracija laikoma integralia holistinės priežiūros dalimi, o ne atskiru, izoliuotu

²⁴ Jagelavičius et al., „Klinikinės pastoracijos sistemos sukūrimo...“, 31.

²⁵ Barletta et al., „Pastoral Care in Hospitals“, 102–104.

²⁶ Kowalenko et al., „Readiness of nurses...“, 1–7.

²⁷ Otis Esther et al., „Supporting Nurses When a Patient Dies“, *American Journal of Nursing* 125 (7) (2025): 44, <https://doi.org/10.1097/AJN.000000000000110/>.

²⁸ Agnė Stolygaitė et al., „Psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamo streso vertinimo metodika“, *Sveikatos mokslai* 24 (4) (2014): 119–121, <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2014.079/>.

²⁹ Navickienė, „Dvasinis asistavimas kaip pagalbos...“, 32–35.

veiklos segmentu³⁰. Ši jungiamoji funkcija ypač reikšminga paliatyviosios slaugos kontekste, kuriame sprendimai dažnai susiję su gyvenimo pabaigos etika, gydymo ribomis ir paciento orumo užtikrinimu. Klinikinė pastoracija padeda šiuos klausimus svarstyti ne vien techniniu ar teisiniu, bet ir egzistenciniu lygmeniu, taip prisidėdama prie visos priežiūros komandos refleksijos ir profesinio jautrumo stiprinimo³¹. Apibendrinant galima teigti, kad klinikinė pastoracija veikia kaip daugialypis palaikymo veiksnys: ji padeda pacientui pasitikti gyvenimo pabaigą su didesniu orumo ir prasmės jausmu, o slaugytojai – išlaikyti profesinį ir egzistencinį atsparumą nuolat susiduriant su mirtimi. Tai sudaro pagrindą tolesnei klinikinės pastoracijos vietos ir galimybių Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje analizei.

5. Klinikinė pastoracija Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje dvasinė pagalba pacientams ir jų artimiesiems yra teisiškai pripažinta, tačiau klinikinės pastoracijos, kaip struktūruotos ir integruotos praktikos, statusas išlieka fragmentiškas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais yra sudarytos prielaidos teikti sielovados ir dvasinio asistavimo paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose, tačiau šios nuostatos dažniausiai apsiriboja religinių patarnavimų užtikrinimu ir nėra išplėtos iki visuminės klinikinės pastoracijos modelio³². Teisiniuose dokumentuose dvasinė pagalba apibrėžiama kaip pagalba pacientui, jo artimiesiems ir, tam tikrais atvejais, – darbuotojams, tačiau praktinis šių paslaugų įgyvendinimas dažnai priklauso nuo konkrečios institucijos iniciatyvos, konfesinės priklausomybės ar pavienių asmenų įsitraukimo. Dėl to klinikinė pastoracija Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje neturi aiškaus institucinės integracijos modelio, kuris apibrėžtų jos vietą tarp kitų pagalbos formų ir užtikrintų paslaugų tęstinumą³³. Ši situacija ypač ryški paliatyviosios slaugos kontekste. Nors paliatyvioji priežiūra deklaruojama kaip holistinė, apimanti fizinius, psichologinius ir dvasinius paciento poreikius, vis dėlto dvasinė dimensija dažnai lieka nepakankamai struktūruota ir sistemingai neintegruota į kasdienę slaugos praktiką, o klinikinė pastoracija dažniausiai suvokiama kaip papildoma, bet ne esminė priežiūros dalis.

Empiriniai ir teoriniai šaltiniai rodo, kad Lietuvoje klinikinės pastoracijos praktika pasižymi fragmentiškumu ir priklausomybe nuo pavienių iniciatyvų. Dvasinio asistavimo ir sielovados paslaugos dažniausiai siejamos su religinėmis praktikomis, jų teikimas orientuojamas į sakramentų ar religinių apeigų atlikimą, o egzistencinio

³⁰ Jagelavičius et al., „Klinikinės pastoracijos sistemos sukūrimo...“, 30–31.

³¹ Kowalenko et al., „Readiness of nurses...“, 7–9.

³² Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sielovados patarnavimų teikimo...“; Navickienė, „Dvasinis asistavimas kaip pagalbos...“, 42–44.

³³ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sielovados patarnavimų teikimo...“; Jagelavičius et al., „Klinikinės pastoracijos sistemos...“, 36.

palydėjimo ir refleksijos funkcija lieka nepakankamai išplėtota³⁴. Lietuvoje atliktuose tiriamuosiuose darbuose ir teorinėse studijose pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros specialistams, ypač slaugytojoms, trūksta aiškaus supratimo apie klinikinės pastoracijos turinį ir galimas jos funkcijas. Klinikinė pastoracija dažnai suvokiama kaip nemedicininė veikla, todėl neretai lieka už profesinio bendradarbiavimo ribų. Dėl to ribojamos jos integravimo į paliatyviosios slaugos komandų veiklą galimybės ir mažinamas jos potencialas tapti reikšmingu paramos šaltiniu slaugytojoms, nuolat susiduriančioms su mirtimi ir kančia³⁵.

Klinikinę pastoraciją analizuojant Lietuvos kontekste, išryškėja kelios pagrindinės sisteminės spragos. Pirmą, nėra aiškiai įstatymiškai apibrėžto klinikinės pastoracijos specialisto rengimo modelio, kuris užtikrintų kompetencijų atitiktį klinikinės aplinkos poreikiams. Antra, klinikinė pastoracija nėra nuosekliai integruota į paliatyviosios slaugos komandų darbo struktūrą, todėl ji dažnai lieka izoliuota nuo kitų sveikatos priežiūros specialistų darbo. Vis dėlto esama ir reikšmingų šios srities plėtros galimybių. Teisinės prielaidos dvasinei pagalbai teikti sudaro pagrindą plėtoti klinikinę pastoraciją, o tarptautiniu mastu augantis dėmesys holistinei paliatyviajai priežiūrai skatina permąstyti ir nacionalines praktikas. Klinikinės pastoracijos integravimas galėtų prisidėti prie geresnio paciento dvasinių poreikių atliepimo ir tapti svarbiu slaugytojų palaikymo resursu, padedančiu mažinti profesinį perdegimą ir egzistencinę izoliaciją³⁶. Todėl klinikinės pastoracijos plėtra Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje turėtų būti svarstoma ne kaip papildoma paslauga, bet kaip holistinės paliatyviosios slaugos stiprinimo kryptis. Siekiant šio tikslo būtina pereiti nuo fragmentiškų iniciatyvų prie sisteminio požiūrio, kuris apimtų aiškų vaidmenų apibrėžimą, tarpdisciplininį bendradarbiavimą ir klinikinės pastoracijos integraciją į kasdienę sveikatos priežiūros praktiką.

Klinikinės pastoracijos fragmentiškumas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje turi akivaizdžių pasekmių. Dvasinės pagalbos redukovimas iki religinių patarnavimų riboja galimybes nuosekliai atliepti tiek paciento, tiek slaugytojos egzistencinius poreikius. Dėl to gyvenimo pabaigos priežiūra dažnai lieka orientuota į organizacinius ir klinikiškus sprendimus, o dvasinės pagalbos užtikrinimas priklauso nuo pavienių iniciatyvų ar asmeninio specialistų jautrumo. Tokia situacija ne tik silpnina holistinę paliatyviosios slaugos įgyvendinimą, bet ir didina slaugytojų profesinio perdegimo bei emocinio išsekimo riziką. Nesant struktūruotos klinikinės pastoracijos, slaugytojos dažniau lieka vienos su egzistenciniais išgyvenimais, susijusiais su mirtimi, netektimi ir profesinių galimybių ribotumu. Ilgainiui tai gali neigiamai paveikti slaugos kokybę, profesinį tvarumą ir sveikatos priežiūros sistemos gebėjimą užtikrinti orią gyvenimo pabaigos priežiūrą.

³⁴ Navickienė, „Dvasinis asistavimas kaip pagalbos...“, 47–50.

³⁵ Malčiauskaitė, „Slaugytojų patirtys teikiant priežiūrą...“, 30–34.

³⁶ Kowalenko et al., „Readiness of nurses“, 9–11.

6. Egzistencinių iššūkių atliepimas paliatyviojoje slaugoje žvelgiant iš klinikinės pastoracijos perspektyvos

Šiame straipsnyje atlikta analizė leidžia teigti, kad klinikinė pastoracija paliatyviosios slaugos kontekste turėtų būti suprantama ne kaip papildoma praktika, bet kaip struktūrinis holistinės paliatyviosios slaugos elementas. Ankstesniuose skyriuose parodyta, kad miršančio paciento patirtis apima ne tik fizinį skausmą ar psichologinius išgyvenimus, bet ir egzistencinius klausimus, susijusius su prasmės paieška, tapatybės kaita ir santykių pervertinimu. Šie aspektai sudaro dvasinių poreikių branduolį, tačiau jei gyvenimo pabaigos priežiūra redukuojama vien iki biomedicininų ar psichologinių intervencijų, šių poreikių adekvačiai atliepti neįmanoma³⁷. Analizuojant slaugytojos patirtį, išryškėja struktūrinė įtampa: nors slaugytoja yra pagrindinė asmens, susiduriančio su mirtimi, palydovė, jos pačios egzistenciniai ir dvasiniai išgyvenimai dažnai lieka neįvardyti ir neintegruoti į institucines pagalbos struktūras. Empiriniai tyrimai rodo, kad nuolatinis susidūrimas su mirtimi, kančia ir netektimis lemia didelį emocinį krūvį ir didina perdegimo bei profesinio atsitraukimo riziką³⁸. Vis dėlto šie reiškiniai sveikatos priežiūros praktikoje vis dar dažnai laikomi individualios adaptacijos problema, o ne struktūrine profesinės veiklos ypatybe, reikalaujančia sisteminių sprendimų.

Šiame kontekste klinikinė pastoracija turėtų būti suprantama kaip jungiamoji grandis tarp paciento ir slaugytojos patirčių. Ji suteikia galimybę reflektuoti mirtį kaip egzistencinę realybę, o ne kaip profesinės nesėkmės ženklą. Skirtingai nei psichologinė pagalba ar profesinė supervizija, klinikinė pastoracija orientuota ne į simptomų mažinimą ar kompetencijų stiprinimą, bet į prasmės, orumo ir santykio dimensijų išlaikymą. Tokia prieiga leidžia ir kartu reikalauja keisti slaugos praktikoje vyraujančią kontrolės ir efektyvumo paradigmą, papildant ją buvimo ir palydėjimo dimensija³⁹.

Diskutuojant apie Lietuvos situaciją, akivaizdu, kad klinikinės pastoracijos potencialas iki šiol lieka nepakankamai išnaudotas. Nors teisinės prielaidos dvasinei pagalbai teikti egzistuoja, šių nuostatų įgyvendinimas išlieka fragmentiškas, o klinikinė pastoracija dažnai redukuojama iki religinių patarnavimų. Tokia siaura interpretacija ne tik riboja pastoracijos galimybes, bet ir palaiko klaidingą nuostatą, kad dvasinė priežiūra aktuali vien tikintiems pacientams ar kilus išskirtinėms krizinėms situacijoms. Vis dėlto tarptautiniai tyrimai rodo, kad dvasiniai poreikiai yra universaliūs ir kyla iš žmogaus egzistencinio pažeidžiamumo, o ne iš konfesinės tapatybės⁴⁰. Klinikinės pastoracijos nebuvimas ar marginalizavimas Lietuvos praktikoje lemia ribotą

³⁷ Jagelavičius et al., „Klinikinės pastoracijos sistemos sukūrimo...“, 42.

³⁸ Esther et al., „Supporting Nurses...“, 44; Stolygaitė et al., „Psichikos sveikatos slaugytojų darbe...“, 119–120.

³⁹ Navickienė, „Dvasinis asistavimas kaip pagalbos...“, 32–35.

⁴⁰ Kowalenko et al., „Readiness of nurses...“, 3–5.

holistinės paliatyviosios slaugos įgyvendinimą ir didina slaugytojų profesinę bei egzistencinę izoliaciją.

Normatyviniu požiūriu klinikinės pastoracijos integravimas į paliatyviosios slaugos praktiką laikytinas profesinės kultūros ir institucinio jautrumo klausimu, o ne pavienių iniciatyvų rezultatu. Klinikinė pastoracija turėtų būti sistemingai integruota į sveikatos priežiūros komandų darbą, aiškiai apibrėžiant jos vietą, santykį su kitomis pagalbos formomis ir specialistų rengimo kryptis. Tokios integracijos stoka prisideda prie moralinės įtampos, kylančios priimant gyvenimo pabaigos sprendimus, ir silpnina slaugytojos profesinį tvarumą⁴¹. Taigi, klinikinė pastoracija atsiskleidžia kaip praktika, kuri negali būti laikoma vien individualios pagalbos forma – ji turėtų būti suvokiama kaip sisteminis atsakas į egzistencinius iššūkius, su kuriais susiduria tiek mirštantis pacientas, tiek jį lydinti slaugytoja. Ši perspektyva ne tik išplečia klinikinės pastoracijos sampratą, bet ir sudaro pagrindą tolesniems tyrimams bei praktiniams sprendimams, orientuotiems į holistinės paliatyviosios slaugos stiprinimą ir profesinės slaugos tvarumo užtikrinimą.

Išvados

Straipsnyje atlikta teorinė analitinė analizė parodė, kad gyvenimo pabaigos situacijoje paciento patirtis negali būti adekvačiai suprasta ir atliepta vien biomedicine ar psichologine prieiga. Mirštančio paciento egzistenciniai klausimai, susiję su prasmės paieška, tapatybės kaita ir santykių pervertinimu, sudaro dvasinių poreikių branduolį, o šių poreikių ignoravimas silpnina holistinės paliatyviosios slaugos kokybę.

Straipsnyje klinikinė pastoracija įvardijama kaip struktūrinė praktika, kurios negalima redukuoti iki papildomos ar epizodinės dvasinės pagalbos formos. Ji turėtų būti suprantama kaip integrali holistinės paliatyviosios slaugos dalis, orientuota į paciento orumo, subjektiškumo ir egzistencinės patirties išsaugojimą gyvenimo pabaigos situacijose.

Analizuojant slaugytojos profesinę patirtį nustatyta, kad nuolatinis susidūrimas su mirtimi ir kančia lemia sunkią emocinę ir egzistencinę naštą, kuri dažnai laikoma individualios adaptacijos problema. Tokia prieiga neapima struktūrinės profesinės veiklos ypatybių ir didina perdegimo bei profesinio atsitraukimo riziką.

Klinikinė pastoracija atsiskleidžia kaip reikšmingas paciento ir slaugytojos paramos veiksnys. Ji sudaro sąlygas reflektuoti egzistencinius išgyvenimus, susijusius su mirtimi, netektimi ir profesinių galimybių ribotumu, ir turėtų būti pripažįstama kaip legitimi profesinio palaikymo forma, prisidedanti prie slaugytojos profesinio tvarumo.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos analizė atskleidė, kad klinikinės pastoracijos praktika išlieka fragmentiška ir dažnai redukuojama iki religinių patarnavimų.

⁴¹ Rego et al., „The interface between psychology...“, 285–286.

Toks siauras supratimas riboja galimybes sistemiškai atliepti paciento ir slaugytojos dvasinius poreikius ir turi ilgalaikių pasekmių holistinės paliatyviosios slaugos įgyvendinimui bei profesinės slaugos kultūros formavimuisi.

Apibendrinant galima teigti, kad klinikinės pastoracijos integravimas į paliatyviosios slaugos praktiką turėtų būti laikomas instituciniu ir profesinės kultūros klausimu, o ne pavienių iniciatyvų rezultatu. Šiame tyrime pabrėžiama, kad klinikinė pastoracija yra būtina holistinės paliatyviosios slaugos sąlyga, kurios sisteminis įgyvendinimas sudaro prielaidas oriai paciento gyvenimo pabaigos patirčiai ir tvariai slaugytojos profesinei veiklai.

LITERATŪRA IR ŠALTINIAI

1. Ali, Yumna ir Syeda Farhana Kazmi. „Nursing Stress and Thought Control in a Multiperspectival Interpretive Phenomenological Analyses from the United Kingdom, United States and Switzerland“. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija* 2 (29) (2023): 34–49. <https://doi.org/10.33607/rmske.v2i29.1423/>.
2. Barletta, John ir Kate Witteveen. „Pastoral Care in Hospitals: An Overview of Issues“. *Australian Journal of Primary Health* 13 (1) (2007): 97–105. <https://doi.org/10.1071/PY07013/>.
3. Boston, Patricia, Anne Bruce ir Rita Schreiber. „Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review“. *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (3) (2011): 604–618. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010/>.
4. Jagelavičius, Artūras, Aušra Vasiliauskaitė ir Svetlana Adler-Mikulėnienė. „Klinikinės pastoracijos sistemos sukūrimo Lietuvoje prielaidos“. *Soter* 69 (2019): 29–46. [https://doi.org/10.7220/2335-8785.69\(97\).2/](https://doi.org/10.7220/2335-8785.69(97).2/).
5. Kowalenko, Marta, Elżbieta Krajewska-Kułak, Beata Kowalewska, Agnieszka Kułak-Bejda, Teresa Kulik, Aleksandra Gaworska-Krzemińska ir Katarzyna Van Damme-Ostapowicz. „Readiness of nurses when faced with a patient’s death“. *Public Health* 12 (2024): 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1399025/>.
6. Kudukytė-Gasperė, Renata ir Kęstutis Štaras. „Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje“. *Sveikatos mokslai* 25 (1) (2015): 15–23. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.002/>.
7. Lavretsky, Helen. „Spirituality and Aging“. *Aging Health* 6 (2010): 749–769. <https://doi.org/10.2217/ahe.10.70/>.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sielovados patarnavimų teikimo sveikatos priežiūros įstaigose“. 2009 m. liepos 24 d. Nr. V-639. <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=TAR.D952437A0286/>.
9. Lombardi, Denise ir Alessandro Gusman. „Healing and the Spiritual Dimension in Hospital Patient Care in Italy“. *Religions* 16 (4) (2025): 1–19. <https://doi.org/10.3390/rel16040524/>.
10. Lutz, Katie. *Spirituality in Clinical Practice: Recognizing the Importance of Personal Values and Beliefs in Medical Decision-Making*. Doctor of Nursing Practice Projects, The University of San Francisco, 2017.
11. Malčiauskaitė, Monika Beata. *Slaugytojų patirtys teikiant priežiūrą onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams*. Bakalauro studijų baigiamasis darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2025.

12. Navickienė, Jolita. *Dvasinis asistavimas kaip pagalbos pagyvenusiems žmonėms veiksnys*. Dvasinio konsultavimo ir asistavimo studijų programos magistro baigiamasis darbas, Klaipėdos universitetas, 2020.
13. Otis, Esther, Kathryn B. Reid, Lauren K. Sink, Patricia A. Scherle ir Johnsa Greene-Morris. „Supporting Nurses When a Patient Dies“. *American Journal of Nursing* 125 (7) (2025): 44–49. <https://doi.org/10.1097/AJN.000000000000110/>.
14. Ožeraitienė, Violeta, Laura Gabrilavičiūtė ir Virginija Gaigalaitė. „Slaugytojų, dirbančių su psichomotoriškai sujaudintais pacientais ir patiriančių verbalinį bei fizinį smurtą, psichologinio atsparumo ir emocinės būsenos ištyrimas“. *Medicinos teorija ir praktika* 21 (43) (2015): 834–840. <https://doi.org/10.15591/mtp.2015.132/>.
15. Proserpio, Tullio, Claudia Piccinelli ir Carlo Alfredo Clerici. „Pastoral care in hospitals: a literature review“. *Tumori* 97 (5) (2011): 666–671. <https://doi.org/10.1177/030089161109700521/>.
16. Puniškė, Vaida. *Dvasingumo prasmė socialinio darbuotojo praktikoje*. Magistro baigiamasis darbas, Vytauto Didžiojo universitetas, 2024.
17. Rego, Francisca ir Rui Nunes. „The interface between psychology and spirituality in palliative care“. *Health Psychology* 24 (3) (2016): 279–287. <https://doi.org/10.1177/1359105316664138/>.
18. Stolygaitė, Agnė, Indrė Pušinaitytė ir Viktorija Grigaliūnienė. „Psichikos sveikatos slaugytojų darbe patiriamą streso vertinimo metodika“. *Sveikatos mokslai* 24 (4) (2014): 119–121. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2014.079/>.
19. Taylor, Amy ir Andrew Davies. „Palliative care or supportive care?“ *Clinical Medicine* 25 (4) (2025): 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100487/>.
20. Vandenhoeck, Anne. „Chaplains as specialists in spiritual care for patients in Europe“. *Polish Archives of Internal Medicine* 123 (10) (2013): 552–557. <https://pamw.pl/en/node/1933/pdf/>.

Gauta: 2026 02 10

Parengta: 2026 06 12

Viktorija PLATONOVIEŅĒ – gydytoja pulmonologė, dirba Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje. Mokslinių interesų sritys: klinikinė pastoracija, medicina, psichologija. El. paštas viktorija.platonoviene@gmail.com.

Viktorija PLATONOVIEŅĒ – Pulmonologist, Klaipėda Republican Hospital, Lithuania. Areas of scientific interest: clinical pastoral care, medicine, psychology. E-mail viktorija.platonoviene@gmail.com.

Remigijus OŽELIS – teologijos mokslų daktaras, Klaipėdos universiteto Socialinių ir humanitarinių mokslų fakulteto Jono Pauliaus II krikščioniškųjų studijų centro profesorius. Klaipėdos licėjaus ir Švėkšnos „Saulės“ gimnazijos tikybos mokytojas ekspertas. Lietuvių katalikų mokslo akademijos narys. Paskelbė daugiau kaip 60 mokslo publikacijų. Mokslinių interesų sritys: pastoracinė teologija, religinė simbolika, religinis ugdymas ir dvasingumas. El. paštas remigijuso@gmail.com.

Remigijus OŽELIS – doctor in theology, is a Professor at John Paul II Centre for Christian Studies at the Faculty of Social Sciences and Humanities at Klaipėda University, Lithuania. He is school religion teacher-expert at Klaipėda Lyceum and Švėkšna “Saulė” Gymnasium, Lithuania; member of Lithuanian Catholic Science Academy. He has published over 60 scientific articles. Research interests: pastoral theology, Christian symbolism, spiritual counseling. E-mail remigijuso@gmail.com.